COLLÈGE NATIONAL
DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIENS FRANÇAIS
Président : Professeur B. Blanc

Extrait des Mises à jour en Gynécologie et Obstétrique

–

Tome XXVIII
publié le 1.12.2004



VINGT-HUITIÈMES JOURNÉES NATIONALES
Paris, 2004

Sexologie pour les nuls...

M. BONIERBALE*
(Marseille)

INTRODUCTION

Il n'est pas rare d'entendre un confrère dire qu'il voit peu de patients ayant des difficultés sexuelles. Mais il n'est pas rare non plus de voir des patients dire qu'ils n'osent pas parler de leurs difficultés sexuelles à leur médecin. Les difficultés sexuelles n'ont pris des lettres de noblesse dans le champ médical qu'avec la médicalisation de la sexualité engendrée par l'avènement des médicaments sexo-actifs et l'ère Viagra®. Ce sont les études des dysfonctions érectiles qui ont suscité l'avancée des connaissances épidémiologiques sur les difficultés sexuelles.

L'enseignement universitaire a été pris de court par ces changements récents et il y a toujours moins de 10 h de cours consacrés à la sexologie dans le cursus du médecin, le Diplôme Interuniversitaire de Sexologie n'a été cautionné par le conseil de l'Ordre des médecins qu'en 1996 ; jusque-là, les médecins qui suivaient un diplôme universitaire de sexologie n'avaient pas le droit d'en faire mention sur leurs plaques et ordonnances.

* Unité Fonctionnelle de troubles de l'identité sexuelle et de sexologie
CHU Sainte Marguerite – Service du Pr C Lançon – 13274 MARSEILLE CEDEX 9
mbonierbale@ap-hm.fr

La **période pré-scientifique** de l'histoire de la sexologie s'étend du XVIIIe jusqu'au XIXe siècle, mais on en retrouve des traces jusqu'au début du XXe siècle, avec une sexualité qui s'inscrit alors dans le discours de la morale et de la religion. Les représentations qui la recouvrent et les connaissances qui la caractérisent appartiennent au domaine des croyances et des règles de vie morale ; ainsi la masturbation est désignée par le Dr Tissot (1769) comme une aberration, lit de toutes les malédictions sur la santé tant physique que morale dont persistent encore des peurs aujourd'hui.

La sexologie contemporaine, caractérisée par une recherche spécifique, démarre véritablement avec les enquêtes d'Alfred Kinsey, publiées en 1948 et 1953 sur les aspects quantitatifs et statistiques du comportement sexuel humain. Ceci est suivi par les travaux de recherche de Masters et Johnson portant sur l'étude en laboratoire des réactions sexuelles humaines et sur le traitement des dysfonctions sexuelles (publiés en France respectivement en 1968 et 1971). Ces travaux ont connu immédiatement un succès mondial et Masters et Johnson ont été les promoteurs des sexothérapies actuelles. Ils se différencient des concepts sur la prise en charge des difficultés sexuelles en avançant l'idée qu'un problème sexuel doit être pris en compte, évalué et pris en charge dans le couple et ses interactions, et pas seulement par la recherche d'une étiologie organique ou psychologique. Ceci changeait aussi de l'attitude freudienne qui décryptait la sexualité à travers l'Histoire et le développement personnel de chacun.

À l'heure actuelle, il existe un double courant de pensée autour de la prise en charge des difficultés sexuelles (DS) :

- *Médical*, lié au développement des connaissances anatomiques et physiologiques de la sexualité. Ces dernières années, on a vu prospérer les connaissances sur les neurotransmetteurs entrant en jeu dans les phénomènes sexuels, comme les acquisitions en imagerie fonctionnelle sur la régulation centrale de l'excitation et de l'intérêt sexuel. La mise sur le marché de médicaments du comportement sexuel a été une révolution et le champ de la recherche clinique y consacre à l'heure actuelle un grand intérêt. Les disciplines médicales comme l'andrologie se sont particulièrement tournées vers la recherche et la prise en charge des DS, le médecin généraliste commence également à répondre plus souvent, poussé par la médiatisation ambiante de la sexualité et la demande croissante avec l'information du grand public. Mais la prise en charge est très axée sur le médicament et le symptôme lui-même, et détachée du contexte psychosocial de l'individu ;
- *Psychosocial*, avec le développement d'une sexologie intégrative des théories psychologiques aboutissant à une prise en charge qui

s'appuie sur les apports cognitivistes, psychodynamiques et interactifs. Le chef de file en a été HS Kaplan. Ce courant se retrouve plus dans le domaine des professionnels des sciences humaines en particulier aux États-Unis et en Europe, mais en France le mouvement sexologique reste plus médicalisé.

« Faire » de la sexologie, aujourd'hui, pour le médecin praticien, tient encore du registre de Monsieur Jourdain car il a été peu formé sur les bancs de la Faculté, et il entend plus parler de sexualité dans les témoignages que dispense la télé-réalité que dans les programmes de formation continue officiels. Quant aux EPU mis en place par l'industrie pharmaceutique, il s'agit le plus souvent de l'initiation par un expert à l'usage des nouveaux médicaments sexo-actifs.

Alors que faire quand on est nul ???

COMMENT PARLER DE SEXUALITÉ AVEC UN PATIENT ?

Tout d'abord il faut être conscient de ses propres *contre-attitudes* à l'idée de parler un langage de l'intimité ; ceci se traduit par la fuite du vocabulaire qu'utilise le patient remplacé par un vocabulaire technique dit scientifique que le patient ne comprend pas toujours. Ceci ne facilite pas la confidence ni une réelle perception des problèmes intimes sous-jacents du patient ; il faut l'aider à s'exprimer car lui aussi a du mal à le faire et très souvent sa plainte se réduit à « ça ne marche pas… ».

Les conceptions de la sexualité du patient sont infiltrées de ses valeurs, croyances qu'il a élaborées à travers son histoire, son éducation et son expérience. Le dysfonctionnement sexuel vient souvent révéler des vulnérabilités émotionnelles, des peurs (de ne pas être à la hauteur, d'abandon ou de solitude) dont seule l'écoute et la connaissance du patient peuvent faire retrouver les mécanismes. Attention au premier réflexe de réponse de « bon sens » et de réassurance, il fait veiller à ce qu'elle ne soit pas que la projection des valeurs et des concepts propres au praticien sur la sexualité.

Ne pas céder au sentiment d'urgence ; le patient veut qu'on trouve une solution dès qu'il vient consulter, et :

– Souvent la difficulté sexuelle est ancienne, et l'urgence de la demande discordante doit faire rechercher ce qui est en jeu (nouvelle rencontre, menace de séparation du ou de la partenaire) ;

– Si le dysfonctionnement sexuel est très récent chez un patient qui veut qu'on le « répare » vite, le sentiment d'urgence traduit un fonctionnement anxieux ou obsessionnel auquel il faudra adapter la réponse thérapeutique ;

– Qu'est ce que le patient veut et peut ? Quelle est *la capacité qu'il a à comprendre* ce qui entre en jeu dans son dysfonctionnement ? C'est un point difficile et fondamental dont va dépendre le pronostic. Un patient passif et dépendant qui attend tout de la médecine, collectionne les informations apportées par les médias sur les substances et les « potions » et recettes susceptibles d'améliorer son comportement sexuel, ou qui ne vient consulter qu'à la dernière extrémité, devant une mise en demeure de son ou sa partenaire, va être plus difficile à mobiliser que celui ou celle qui est prêt(e) à entendre et analyser ce qui à pu déclencher son problème.

Ne *jamais dire* qu'« il n'a rien et que c'est psychique… » à un patient qui présente une difficulté sexuelle. Pour lui, le fait que « ça ne marche pas » est bien la preuve que ce n'est pas dans sa tête que ça se passe, et s'entendre dire que c'est psychique correspond à ne pas être pris au sérieux. Ce n'est que lorsque l'évaluation fonctionnelle du symptôme ainsi que les investigations nécessaires auront été terminées, qu'on pourra tranquillement et avec empathie lui dire qu'« a priori on est rassuré car les éléments permettent de penser qu'il n'y a **rien ou peu de cause organique** (rien de cassé) dans son problème, et qu'il s'agit **surtout d'un blocage** auquel on va essayer de comprendre quelque chose ensemble et trouver une solution ».

COMMENT LE PATIENT PARLE-T-IL DE SES DIFFICULTÉS SEXUELLES ?

– Depuis peu, il vient de plus en plus facilement consulter directement pour ce motif mais, paradoxalement, il n'aime pas toujours aborder son intimité avec le généraliste qu'il connaît depuis longtemps.

– Lors d'une consultation de routine, il évoque souvent le sujet sur le pas de la porte. Il faut alors savoir lui dire que ce type de problème ne peut pas se résoudre en deux minutes et nécessite un rendez-vous pour l'approfondir (et le lui donner immédiatement). Évaluer une difficulté sexuelle demande de la disponibilité de la part d'un médecin qui ne doit pas penser à sa salle d'attente bondée…

Dans les situations clés qui confrontent à des pathologies ou à des comportements à risque sexuel, il importe de savoir tendre la perche au patient pour qu'il puisse en parler, et savoir lui donner l'information qui le lui permettra ; au cours d'une prescription de contraceptif, de traitement substitutif de la ménopause, d'état dépressif, de traitement anti-hypertenseurs et de prescription de bêta-bloquants, dans le suivi d'un diabète, d'un patient en dialyse, lors d'une intervention sur la prostate, d'une MST, d'une SEP, etc.

Les enquêtes faites auprès des patients montrent qu'ils sont toujours en attente que le médecin vienne au-devant d'eux et que beaucoup ne savent toujours pas en parler spontanément.

QUELS PROBLEMES SEXUELS ?

Les dysfonctions sexuelles se caractérisent par des troubles du désir sexuel et/ou des modifications de la réponse sexuelle.

- Les troubles du désir sont le plus souvent une baisse du désir ou une aversion sexuelle (surtout chez la femme).
- Les troubles de l'excitation sexuelle se traduisent par des troubles du plaisir chez la femme et de l'érection chez l'homme.
- Les troubles de l'orgasme sont soit l'anorgasmie chez la femme, soit l'éjaculation précoce ou retardée chez l'homme.
- Les troubles sexuels avec douleur sont la dyspareunie (chez l'homme ou la femme) et le vaginisme.

La prévalence des dysfonctions sexuelles n'est pas encore bien établie. Les études épidémiologiques les plus récentes sont celles de la *National Health and Social Life Survey* (NHSLS) rapportées par Laumann aux États-Unis. Sur un groupe de 1749 femmes et 1410 hommes âgés de 18 à 59 ans au moment de l'analyse des données, le dysfonctionnement sexuel est plus répandu pour les femmes (43 %) que les hommes (31 %) et est associé à diverses caractéristiques démographiques, comme l'âge et le niveau d'éducation. Les femmes de différents groupes raciaux ont différents modèles de dysfonctionnement sexuel. Les différences parmi les hommes ne sont pas aussi marquées. La présence de dysfonctionnement sexuel est plus probable chez les femmes et les hommes ayant des vulnérabilités physique et émotionnelles. D'ailleurs, le dysfonctionnement sexuel est fortement associé aux expériences négatives de rapports sexuels et au bien-être global.

C'est la dysfonction érectile qui est en général le mieux étudiée et, dans le NHSLS, elle était évaluée à 7 % entre 18 et 29 ans, 9 % entre 30 et 39 ans, 11 % entre 40 et 49 ans et 18 % pour la tranche d'âge 50-59 ans, avec une différence en faveur du mariage pour la prévalence de cette dysfonction érectile (les hommes mariés avaient un risque plus faible) et un effet délétère sur la dysfonction érectile de conditions économiques défavorables.

En France, on retrouve peu d'études ; Spira et Béjin (ACSF) en 1993 sur les comportements sexuels en France trouvent que 7 % des Français âgés de 18 à 69 ans se plaignent d'une érection fréquemment insuffisante ; ils sont 19 % (soit à l'époque près de 2,4 millions) à reconnaître une dysfonction érectile occasionnelle. En 1994, une étude de la Sofres sur 1000 hommes de plus de 18 ans a trouvé que 39 % avaient eu une dysfonction érectile, 11 % une fois sur deux, 4 % à chaque rapport. La prévalence qui augmente avec l'âge est de 7 % pour la tranche 18-35 ans et de plus de 20 % après 55 ans. Giuliano et Chevret-Measson ont fait récemment une étude montrant que la dysfonction érectile était non seulement plus fréquente avec l'âge mais également plus sévère. Il faut noter que, malgré le nombre de patients se plaignant de dysfonction érectile, seulement 19,9 % de ces hommes ont déclaré qu'ils seraient (*très ou plutôt*) insatisfaits s'ils devaient passer le reste de leur vie avec ce problème. Ceci doit attirer l'attention du praticien sur l'importance de l'évaluation de la détresse du patient pour le prendre en charge de manière adaptée.

L'ÉVALUATION FONCTIONNELLE

L'évaluation des dysfonctionnements sexuels recouvre les orientations des classifications internationales comme le CIM 10 et le DSM. Il faut faire la part des dysfonctionnements non dus à un trouble ou une maladie organique, qui sont psychogènes, ceux qui sont liés à une maladie organique et à des facteurs de risque qui sont mixtes et augmentent avec l'âge, les dysfonctions organiques pures étant inférieures à 10 %.

Les questions à se poser pour retrouver des indicateurs de psychogénicité sont :

Retrouve-t-on la dysfonction sexuelle (DS) de tout temps chez le patient ou bien est-elle acquise ?

- la DS de tout temps est le plus souvent psychogène ;

• la DS acquise lors d'événements de vie stressants ou de difficultés relationnelles est plutôt psychogène (mixte si elle a généré la prise d'antidépresseurs) ;

• la DS acquise après des traitements ou pathologies associées ou fortement corrélée à des facteurs de risques associés à des stress est mixte ou iatrogène.

La DS est-elle permanente ou intermittente, ou situationnelle ?

• Il faut faire décrire au patient par le menu *son activité sexuelle et ce qui ne fonctionne plus*, dans quelles circonstances, avec quel(le)s partenaires, dans quelle situation ? La DS se retrouve-t-elle en toute situation, (en couple et en situation auto-érotique par exemple). La présence de réponses sexuelles satisfaisantes en dehors de la situation de rapport sexuel, ou le lien à la situation ou la partenaire sont des indicateurs de psychogénicité qui peuvent servir d'argument pour rassurer le patient.

La communication érotique et affective fonctionne-t-elle bien dans le couple ? Les conflits augmentent les risques d'apparition de DS ainsi que les dysharmonies sexuelles ; aussi, il ne faut donc pas hésiter à évaluer le couple.

Explorer le fonctionnement sexuel précédant la DS renseigne sur :

• L'équilibre sexuel possible et qu'on peut prétendre retrouver.

Un patient chez qui l'on retrouve une vie sexuelle tardive et pauvre, qui vient consulter à l'occasion d'une rencontre pour combler sa solitude en souhaitant remplir son rôle, n'aura pas le même pronostic évolutif qu'un patient qui, à l'occasion de problèmes financiers et professionnels qui ont déstabilisé son équilibre et sa sexualité, vient consulter, que ce soit ou non à l'occasion d'une nouvelle rencontre, mais dont la sexualité antérieure est harmonieuse et satisfaisante.

• La *variabilité* du symptôme sexuel, la présence de *circonstances de déclenchement* liées à l'environnement, *une communication conjugale* de mauvaise qualité, un terrain de fragilité sexuelle préexistant, un retentissement psychologique intense du symptôme, orienteront l'évaluation et la prise en charge vers des éléments psychogènes – *même s'il existe des associations de pathologies organiques aggravantes*.

INDICATEURS D'ORGANICITÉ

Les facteurs de risque les plus fréquents sont :

– Les maladies cardiovasculaires, l'HTA, la dépression, le diabète, les troubles hormonaux liés à l'âge, la SEP, l'insuffisance rénale et hépatique, l'intoxication tabac-alcool ;

– Les traitements psycho-actifs et plus particulièrement les antidépresseurs et les neuroleptiques, les antihypertenseurs, les bêtabloqueurs.

Mais il faut faire la part des choses et mesurer le poids du retentissement de la maladie sur la fonction sexuelle, le fonctionnement psychologique et traiter tous les aspects.

PLACE DES INVESTIGATIONS PARACLINIQUES

Les examens paracliniques sont moins centrés sur l'appareil génital que sur la recherche de facteurs de risque fortement corrélés aux DS, mais ils doivent être légers et ne pas renforcer le sentiment d'anxiété du patient (recherche de pathologies endocriniennes, cardiovasculaires ou neurologiques). Le bilan systématique minimum comprend :

– Le dosage de la glycémie à jeun et le bilan lipidique, qui sont à programmer dès la première consultation en l'absence de résultats antérieurs datant de moins de six mois. Ce bilan complémentaire, bien que réduit, doit être systématique. Il est essentiel de prendre en charge ces facteurs de risque impliqués dans de nombreuses pathologies.

– Le dosage de la testostéronémie ne se justifie qu'en présence de signes cliniques d'hypogonadisme qui font évoquer un déficit androgénique lié à l'âge.

– Bilan de ménopause si besoin.

BASES THÉRAPEUTIQUES

Une prise en charge pour difficulté sexuelle commence avec l'entretien qui n'est pas un simple interrogatoire générant des informations utiles au médecin mais une *interaction* dans laquelle le patient doit pouvoir puiser :

– une compréhension des mécanismes de sa difficulté où le médecin souligne les indicateurs psychologiques et événements déclencheurs éventuels ;

– une réassurance et une dédramatisation de son anxiété de performance ;

– une pédagogie des mécanismes en jeu dans le fonctionnement sexuel pour corriger ses fausses croyances.

Le premier entretien est la base même à partir de laquelle s'établit la relation de confiance primordiale pour la thérapie à venir et pour un recueil d'informations non biaisées ; il introduit également une action thérapeutique en permettant au patient, par le biais de l'association des questions qui lui sont posées, de faire *des corrélations entre son trouble et les situations qui ont pu le générer.* À côté de cela, il met en place un cadre d'accompagnement et de dédramatisation où, par touches, il sera possible de renforcer la dynamique du couple, d'évaluer les habiletés et l'éducation sexuelle.

Même en présence d'éléments d'organicité de première ligne, on ne peut ignorer que la sexualité est plus qu'une fonction corporelle isolée ; elle est un fonctionnement en rapport avec l'identité sexuelle, la communication, les vulnérabilités individuelles (manque de confiance en soi, besoin d'être dans la norme, peur de la solitude, besoin d'être aimé, etc.). Le « mode d'emploi » de chaque individu est le reflet de ses empreintes éducatives expérientielles et relationnelles. Les traitements médicaux sont ici des outils qui doivent s'assortir d'un savoir-faire multidimensionnel.

Parmi ces outils, les médicaments sexo-actifs seront d'autant plus précieux qu'ils sont associés à un savoir-faire du praticien, pour ne pas rester au niveau d'une « technique de prescription » détachée du sens du symptôme.

La difficulté de la prise en charge vient de patients qui ont un fonctionnement « opératoire » et ne parlent qu'en termes de fonctionnement sexuel. Il faut savoir jouer sur le temps sans thérapeutiques définitives comme celles auxquelles parfois ces patients poussent par sentiment d'impuissance thérapeutique. Les nouveaux moyens pharmacologiques

à la carte, comme le sildénafil et les autres inhibiteurs de la phosphodiestérase V dans les dysérections par exemple, permettent de passer le cap du manque de confiance en soi particulièrement bloquant par la voie de l'anxiété. Ceci permet d'attendre que le patient puisse éventuellement trouver des circonstances de vie où il devienne capable d'un investissement affectif… mais il ne faut pas prescrire comme une fin en soi (même si on a la sensation de prêcher dans le désert).

Quel que soit le symptôme sexuel, une fois les premiers entretiens d'élucidation mis en place, le deuxième temps thérapeutique s'assortit de *consignes comportementales progressives de relance* de la fonction sexuelle plus ou moins étayées sur des médicaments de la sexualité qui ont rôle de starter et de décrochage de l'anxiété de performance ou de la perte de confiance en soi. Ce sont des systèmes thérapeutiques que l'on peut établir en réseau avec un sexologue.

Ces consignes de reprise progressive de toutes les composantes du rapport sexuel ont pour objectif d'analyser et reprogrammer toutes les séquences de la relation sexuelle, le couple apprend à repérer :

– ses erreurs de communication corporelles et verbales, et

– ses attentes irréalistes qui peuvent être bloquantes pour l'un ou pour l'autre.

Il existe *des outils thérapeutiques comportementaux propres à chaque dysfonctionnement* :

– La « *squeeze technic* » de Masters et Johson est une des plus classiques techniques comportementales prescrites à un couple lorsque le symptôme est une **éjaculation précoce**. Il s'agit de prescrire des exercices visant à apprendre à deux la maîtrise du réflexe éjaculatoire. Le principe est la hiérarchisation des consignes érotiques et le passage à l'étape ultérieure lorsqu'une maîtrise de l'étape actuelle est effectuée.

Les supports médicamenteux comme les alpha-bloquants ou les antidépresseurs sérotoninergiques qui agissent sur l'éjaculation (comme la paroxétine) peuvent être utilisés à dose filée pour désamorcer une crise du couple, ou à un homme célibataire ayant peur d'aborder de nouvelles rencontres en attendant que le couple ou le patient soit prêt à des stratégies thérapeutiques d'apprentissage et de rééducation sensuelle.

– Le cas particulier des **dysérections** a bénéficié dans un premier temps de l'apport des injections intracaverneuses, qui ont permis le désamorçage de l'anxiété de performance, puis des inhibiteurs de la phopshodiestérase V de nos jours. L'intérêt de ces outils de relance de l'érection est indéniable si on sait les accompagner de toute la partie d'élucidation indispensable au patient de son symptôme. Chez les patients ayant des contre-indications et une forte composante organique, les auto-injections intracaverneuses, dans le cadre d'une

approche de reprogrammation du couple à la communication érotique, donnent des résultats rapides et satisfaisants sur la reprise des rapports avec satisfaction des partenaires.

– Dans le cas du **vaginisme**, des consignes de prise de conscience progressive des capacités d' « ouverture » du corps avec soit des bougies de Hégar, soit une intromission digitale progressive, permettront à la patiente de passer le premier cap du sentiment d'anormalité corporelle. Par la suite, un programme de consignes comportementales progressives est donné au couple avec un accompagnement très pédagogique ; prescription d'exercices pratiqués à domicile, interdiction de tout essai de rapport d'intromission avant que le signal n'en soit donné. Au moment où la femme a pu se pénétrer avec un substitut pénien sans peur ni difficulté, le signal du passage de la bougie de Hégar à l'essai de premier rapport est donné. Ce premier essai de pénétration à deux consiste en une pénétration immobile. Par la suite la dynamique sensuelle sera progressivement libérée. Chaque fois, la discussion avec le couple de ses peurs et difficultés permet de les corriger et de passer à l'étape suivante.

– Quant aux **dysfonctionnements sensuels de la femme**, ils sont plus accessibles à des psychothérapies classiques plus ou moins accompagnées de relaxation pour reprise de conscience du corps sensoriel, et de consignes pédagogiques d'éducation et d'exercices de resensorialisation sexuels.

– **Le trouble du désir** est à rechercher derrière tout symptôme sexuel car il peut le déclencher et l'entretenir, le patient ne s'en plaint pas dans la mesure où il n'a pas de besoin. Il faut rechercher un déséquilibre hormonal comme une hyperprolactinémie ou une hypotestostéronémie, ou bien penser à dépister un état dépressif masqué nécessitant une relance par antidépresseur avant toute thérapeutique comportementale. Il faut aussi penser à rechercher s'il ne traduit pas une démotivation de la relation du couple.

Que retenir de la conduite à tenir ?

Il faut :

1. Évaluer ***les capacités et les limites de changement*** du patient
– en tenant compte de son système de pensée sexuelle ;
– de ses attentes et motivations ;
– du contexte et du moment particulier de vie où il se trouve ;
– de ses capacités adaptatives ;
– de la communication sensuelle de son couple et des attentes de sa partenaire ;

– du génie évolutif de la maladie… des contraintes liées au traitement…

2. Penser à donner une information éclairée tenant compte de tous ces éléments.

3. Être attentif aux indicateurs de difficultés de l'évolution.

La demande de traitement correspond à :

– une peur (d'abandon, de vieillissement, d'incapacité) ;

– une demande de la partenaire ;

– une demande de normalité, de réassurance, un sentiment de devoir ;

– un couple est conflictuel et des attentes contradictoires ;

– des attentes irréalistes.

EN CONCLUSION

La sexologie a apporté des possibilités de traitement et d'évaluation des difficultés de la sexualité qui doivent permettre au médecin de dépasser ses propres inhibitions pour aller au-devant de ce qui fait partie de la qualité de vie de nos patients : leur sexualité.

Les premiers entretiens sont à la base de toute l'évolution à venir de la prise en charge, centrée ici plus qu'ailleurs sur la relation médecin-malade et la capacité du médecin à servir de chaînon manquant dans l'*insight* de patients fragiles, coupés de leur imaginaire et de la représentation des mécanismes de leur blocage. Il ne faut pas oublier que ces patients attendent trop souvent une attitude thérapeutique de toute-puissance magique de la part du médecin, et qu'il faut savoir ne pas y tomber. Les apports nouveaux de la pharmacologie sont précieux pour accompagner un apprentissage corporel, et il faut savoir ne pas s'en servir comme une fin en soi, dans un domaine aussi complexe et multifactoriel qu'est la sexualité.

Résumé

Le champ de la sexologie médicale en pratique quotidienne s'est ouvert plus largement depuis l'avènement des médicaments sexo-actifs, mais le médecin n'a pas toujours été préparé à cette nouvelle demande.

Les différents rouages d'une consultation d'évaluation et de prise en charge générale d'un symptôme sexuel sont envisagés avec les règles de conduite indispensables vis-à-vis du langage de la sexualité.

La fonction sexuelle est faite d'interactions complexes entre des composants physiologiques psychosociaux et comportementaux chez chaque individu. En réponse à la question « est-ce organique ou psychogène ? », on ne peut que constater que, plus on investigue les patients, plus on découvre d'anomalies organiques ou psychologiques. Mais trouver ces anomalies n'est pas nécessairement identifier la cause du symptôme sexuel.

Les praticiens focalisent leur lecture de la dysfonction sexuelle sur les facteurs psychosociaux physiologiques ou comportementaux selon leur formation et leur expérience. Quant aux patients, trop souvent ils veulent une réparation rapide et spécifique de leur fonction physiologique plutôt qu'une participation à une thérapie sexuelle ou de couple, surtout lorsqu'ils ne sont pas capables d'évaluer ce qui dans la présentation de leur symptôme est en cause ou aggravé par des facteurs psychologiques ou relationnels. Les patients attendent beaucoup des traitements pharmacologiques fortement médiatisés sur leur efficacité. Par contre, les thérapies sexuelles ne sont pas beaucoup diffusées par les médias et leur efficacité est plus basée sur des comptes rendus anecdotiques ou bien de petites évaluations ou bien des résultats non contrôlés.

L'introduction des traitements physiques a également focalisé l'aspect thérapeutique sur le symptôme alors que ces traitements, s'ils restaurent la fonction physiologique, ne restaurent ni les problèmes intrapsychiques ni relationnels de façon à permettre à l'individu de retrouver une satisfaction sexuelle satisfaisante. Une adaptation des thérapies sexologiques à la pratique quotidienne est proposée.

Bibliographie

1. Bancroft J. Central inhibition of sexual response in the male; a theorical perspective, Neuroscience and Biobehavioural Reviews 1999: 763-784.

2. Barlow DH. Causes of sexual dysfunction: the role of anxiety and cognitive interference. J Consult Clin Psychol (1986); 54: 140-148.

3. Bejin A, de Colomby P, Spira A, Jardin A, Giuliano F. Epidemiology of male sexual disorders in France. J Urol 1998; suppl. N° 5: 140.

4. Brecher E. Les sexologues. Robert Laffont 1971.

5. Brenot P. La sexologie. Que sais je ? PUF 1994.

6. Cheverny J. Sexologie de l'Occident. Hachette Essais 1976.

7. Costa P et al. Dysfonction érectile : connaissances, souhaits et attitudes. Résultats d'une enquête française réalisée auprès de 5099 hommes âgés de 18 à 70 ans . Prog Urol 2003; 13: 85-91.

8. Giami A. La médicalisation de la sexualité : aspects sociologiques et historiques. Andrologie 1998; 8 (3): 383-390.

9. Jardin A, Wagner G, Khoury S, Giulano F, Padma-Nathan H, Rosen R. Erectile dysfunction. First international consultation on erectile dysfunction. Paris, 1999.

10. Kinsey AC, Pomeroy WB, Martin CE. Sexual behavior in the human male. Philadelphia, WB Saunders, 1948.

11. Kaplan HS. (1974) The new sex therapy Brunner/Mazel, New York, 237 p.

12. Kaplan HS. (1975) The illustrated manual of sex therapy Quadrangle/New York Times Book Co., New York, 181 p.

13. Kaplan HS (1977). Hypoactive Sexual Desire. Journal of Sex and Marital Therapy; 3 (1): 3-9.

14. Kaplan HS (1979). Disorders of sexual desire and other new concepts and techniques. In: Sex therapy, Simon and Schuster, New York, 181 p.

15. Kaplan HS (1983). The evaluation of sexual disorders: psychological and medical aspects. Brunner/Mazel, New York.

16. Kaplan HS (1987). Sexual aversion, sexual phobias, and panic disorder Brunner/Mazel, New York.

17. Kaplan, HS (1989). How to Overcome Premature Ejaculation Taylor &Francis Book Ltd.

18. Kaplan HS, Wagner G (1993). The new injection treatment for impotence (Medical and Psychological Aspects). Brunner/Mazel, New York.

19. Kaplan, HS (1995). The Sexual Desire Disorders: Dysfunctional Regulation of Sexual Motivation. Brunner/Mazel, New York.

20. Laumann EO et al. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. JAMA 1999; 281 (6): 537-544.

21. NIH Consensus Conference : Impotence. NIH Consensus Development panel on impotence. JAMA, 1993; 270: 83-90.

22. Masters W, Johnson V. Human sexual inadequacy. 1970, Boston, Little, Brown..

23. Les mésententes sexuelles et leur traitement. Paris 1971, éd. Laffont.

24. Spector IP and Carey M.P. Incidence and prevalence of the sexual dysfunctions a critical review of the empirical literature. Arch Soc Behavior, 1990; 19: 389-407.

25. Spira A, Bajos N et le groupe ACSF. Les comportements sexuels en France. Paris, La Documentation française, 1993.